



Reset

**Trastornos por el Uso de Sustancias – Herramienta de Detección para Determinar Necesidades para la Coordinación de Cuidado**

Cita  Evaluación por Teléfono

1. Presentación de Problema(s) / Necesidades Inmediatas	
¿Usted o algún miembro de su familia necesita ayuda con algún problema urgente en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

2. Otros Proveedores de Coordinación de Cuidados	
¿Está usted trabajando con otras agencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la agencia?	
¿Qué servicios proporcionan?	
¿Esta usted trabajando con un coordinador de Cuidados o recibiendo servicios de Coordinación de Cuidados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en dónde y con quien está usted recibiendo servicios de Coordinación de Cuidados?	
¿Están satisfaciendo sus necesidades estos servicios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

3. Fluidez en inglés y facilidad en la Navegación de Sistemas de Atención	
¿Tiene usted alguna dificultad para entender el inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted alguna dificultad para llenar formularios en inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le resulta más fácil hablar con otros cuando le están traduciendo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún problema para hacer su propia cita, entendiendo instrucción médica, obteniendo lo que necesita de una agencias de servicios médicos o sociales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

3. Fluidez en inglés y facilidad en la Navegación de Sistemas de Atención (Continuación)	
Notas:	

4. Estado Inmigratorio	
¿Es usted un Ciudadano Americano o un residente legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, ¿necesita ayuda con asuntos de inmigración?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

5. Vivienda	
¿Tiene problemas con su vivienda actual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es su vivienda segura y estable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su vivienda está en buen estado, con muebles y electrodomésticos adecuados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un teléfono que funcione?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe asistencia de renta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para pagar la renta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

6. Sistema de Apoyo	
¿Sus hijos, pareja u otros apoyos cercanos tienen necesidades que afectan su capacidad para mantener su recuperación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una fuente estable de apoyo emocional de familiares y amigos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

<b>7. Seguro Médico/ Medi-Cal</b>	
¿Tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene Medi-Cal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para obtener su atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para pagar por sus recetas médicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay algún problema, limitación o restricciones con su cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>8. Necesidades Medicas/ Dentales</b>	
¿Cómo esta de salud en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está experimentando, actualmente, síntomas o discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha visto a su proveedor medico recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, ¿cuándo fue la última vez que vio a su proveedor medico?	
¿Ha visto a su proveedor dental recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, ¿cuándo fue la última vez que vio a su proveedor dental?	
¿Necesita ayuda para surtir sus recetas médicas y tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>9. Finanzas</b>	
¿Tiene una fuente de ingresos estable en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sus ingresos cubren sus gastos básicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna factura pendiente grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para solicitar o mantener los beneficios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una cuenta bancaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

<b>10. Encarcelamiento</b>	
¿Está en libertad condicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está sirviendo algún tipo de sentencia actualmente (es decir, horas de servicio comunitario)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna orden judicial, citaciones o casos pendientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>11. Salud Mental</b>	
¿Alguna vez ha visto a un consejero de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha recibido atención psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente está viendo a un consejero de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente le recetan medicamentos para la depresión u otras preocupaciones de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Con quién habla cuando se siente deprimido?	
Notas:	

<b>12. Cuestiones de Seguridad</b>	
¿Alguna vez se ha sentido inseguro en su situación de vivienda actual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sentido que usted o un miembro de su familia/pareja recurrirían a la fuerza cuando interactúan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En el pasado, alguna vez usted ha estado involucrado(a) en una relación violenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

<b>13. Uso de Sustancias</b>	
¿Está inscrito en un programa de tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿alguna vez piensa en dejar su programa o no ir por el día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿con quién habla cuando se siente así?	
¿Se considera en recuperación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Asiste a grupos de autoayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un patrocinador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>14. Hábitos Saludables</b>	
¿Necesita información sobre cómo mantenerse saludable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita información sobre hábitos de alimentación saludables?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una fuente regular de alimentos saludables?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hace ejercicio o siente que hace suficiente ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>15. Recursos de Apoyo</b>	
¿Tiene comida o comida suficiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para obtener provisiones o comidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene ropa suficiente para mantenerse cómodo y protegido(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su licencia de conducir, tarjeta de seguro social y certificado de nacimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su propio transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene acceso y puede usar el transporte público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita una referencia para ayuda legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para pagar las facturas de servicios públicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda con el presupuesto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un caso abierto de Servicios para Niños y Familias (CFS) Children and Family Services, por su nombre en inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

<b>15. Recursos de Apoyo</b> (Continuación)	
¿Es usted un miembro activo del ejército o un veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>16. Empleo</b>	
¿Está trabajando actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿donde?	
En caso afirmativo, ¿qué es lo que hace en su trabajo?	
Si la respuesta es no, ¿cuándo fue la última vez que trabajó?	
¿Sabe cómo usar una computadora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para completar un currículum?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para llenar una solicitud de empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	

<b>17. Educación</b>	
¿Tiene un diploma de escuela secundario o GED?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, ¿cuál es el grado más alto que completó?	<input type="checkbox"/> 1-6 grado <input type="checkbox"/> 7-8 grado <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
¿Has asistido a la universidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor indique:	<input type="checkbox"/> Alguna educación superior - no recibió título <input type="checkbox"/> Grado Asociado AA/AS <input type="checkbox"/> Grado de Bachiller BA/BS <input type="checkbox"/> Maestría o superior
¿Asistió a un programa educativo vocacional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿completó el programa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de programa de educación vocacional atendió?	
Notas:	

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

-----SUD Administration Use Only-----

**DISPOSITION**

**Care Coordination recommended. (If no, provide patient with CC brochure and inform patient that access to CC is available if a future need arises)**

Yes  No

Comments:

**Care Coordination accepted? (If accepted patient will be asked to sign the Consent for Care Coordination Services)**

Care Coordination Accepted  Care Coordination Declined

Comments:

**Patients Preferred Location/Method of Care Coordination Services?**

SUDRS Location:

Telephone

Telehealth

Community Location:

**If other agencies or individuals are to be contacted, has a release of information been signed?**  Yes  No

**Other Immediate Referral Made: (Include contact name)**

Agency:

For:

Agency:

For:

Agency:

For:

Agency:

For:

Agency:

For:

Signature SUD Care Coordinator

Date:

Client Name:

DOB:

Phone Number:

Client ID #: